

2022-2023 Inmunización recomendada para estudiantes

En un esfuerzo por reducir la transmisión de la influenza en los niños, la Clínica Familiar Pipestone llevará a cabo Clínicas de Vacunación contra la Influenza en las Escuelas Pipestone y Edgerton para estudiantes de los grados K-12. (Las fechas y horas exactas se anunciarán en una fecha posterior). Ofreceremos solo la vacuna contra la gripe. Nuestras vacunas son libres de conservantes. **Lea la Declaración de información sobre la vacuna para estar bien informado sobre la vacuna.**

Si desea que su hijo reciba esta inmunización durante la clínica de vacunación contra la influenza en la escuela, complete el formulario. ***Si responde "sí" a cualquiera de las preguntas, hable con su médico antes de recibir la vacuna.***

La vacuna contra la influenza se ofrece sin costo en este momento. Para fines administrativos, se requiere una copia del anverso y reverso de la tarjeta de seguro del receptor de la vacuna.

Por favor devuelva el formulario a la escuela de su hijo a **más tardar el 30 de septiembre**. No se **aceptarán** formularios después de esta fecha. **No se administrarán vacunas sin un formulario de consentimiento completamente completado y firmado junto con una copia de la tarjeta de seguro.** Indique en el formulario si el receptor de la vacuna no tiene seguro. Para cualquier pregunta o inquietud, comuníquese con la enfermera de su escuela o con la Clínica Familiar Pipestone al 507-825-5700.

DATOS SOBRE LA GRIPE

Los padres deben ser conscientes de que algunos niños pueden necesitar dos dosis de la vacuna contra la influenza. Los niños menores de 9 años de edad necesitan 2 dosis de la vacuna contra la influenza si se vacunan por primera vez, o si se vacunaron contra la influenza por primera vez la temporada pasada pero recibieron solo una dosis, deben recibir 2 dosis, con al menos 4 semanas de diferencia, para estar completamente protegidos. Los padres deberán llevar a sus hijos a la clínica para la segunda dosis. La cobertura del seguro para la 2^a dosis varía según la compañía. Consulte con su compañía de seguros para verificar la cobertura para los niños que necesitan la 2^a dosis.

La influenza ("gripe") es una enfermedad contagiosa.

Es causada por el virus de la influenza, que puede propagarse al toser, estornudar o secreciones nasales.

Cualquier persona puede contraer la influenza, pero las tasas de infección son más altas entre los niños. Para la mayoría de las personas, los síntomas duran solo unos pocos días. Incluyen: fiebre / escalofríos, dolor de garganta, fatiga, tos, dolor de cabeza, dolores musculares y secreción o congestión nasal. Otras enfermedades pueden tener los mismos síntomas y a menudo se confunden con la influenza.

Los niños pequeños, las personas de 65 años o más, las mujeres embarazadas y las personas con ciertas afecciones de salud, como enfermedades cardíacas, pulmonares o renales, o un sistema inmunitario debilitado, pueden enfermarse mucho más. La influenza puede causar fiebre alta y neumonía, y empeorar las condiciones médicas existentes. Puede causar diarrea y convulsiones en los niños. Cada año, miles de personas mueren de gripe y aún más requieren hospitalización.

Al vacunarse contra la influenza, puede protegerse de la influenza y también puede evitar propagar la influenza a otras personas. La protección tarda hasta 2 semanas en desarrollarse después de la vacunación. La protección dura aproximadamente un año. Lea la Declaración de información sobre la vacuna (VIS) antes de inscribir a su hijo para la vacuna. Las clínicas de vacunación contra la gripe están sujetas a cancelación debido a la posible escasez de vacunas contra la gripe en todo el país.

**VACUNA CONTRA LA GRIPE 2022-2023
(Menor) Pipestone Family Clinic, 916 4th Ave
SW, Pipestone, MN 56164, (507) 825-5700.**

Nombre Legal: Primero		Ultimo(a)	
Anos	Fecha De Nacimiento M/D/Año	Grado Del Estudiante	
Direccion De La Calle De La Casa		Ciudad	Condado
		Estado	Codigo Postal
Nombre De La Escuela	Nombre Del Padre/Tutor Legal	Numero De Telefono Del Padre/Tutor Legal	
Nombre Del Proveedor De Atencion Primaria (PCP) Del Estudiante		Numero Del Telefono Del PCP Del Estudiante	

Los Formularios Vencen El 30 De Septiembre De 2022

Por favor, conteste a las siguientes preguntas

SI NO

1. ¿La persona que se va a vacunar tiene alergia grave a los huevos o algún componente de la vacuna?

--	--

Puede incluir antibióticos, gelatina o látex.

2. ¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez una reacción grave a la vacuna contra la influenza en el pasado? (Vacuna contra la gripe o Niebla contra la gripe)

--	--

3. ¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez el Síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular severa) dentro de las 6 semanas después de recibir una vacuna contra la gripe?

--	--

El Centro Médico del Condado de Pipestone ofrece la vacuna contra la influenza de forma gratuita en este momento. Para fines administrativos, incluya una fotocopia del anverso y reverso de su tarjeta de seguro.

Adjunto una copia de la tarjeta del seguro de la persona que recibe la vacuna.

La persona que recibe la vacuna NO tiene seguro médico.

Doy mi consentimiento al Centro Médico del Condado de Pipestone y a su personal para que mi hijo menor de edad nombrado en la parte superior de este formulario estar vacunado con la vacuna contra la influenza. Si no se firma este consentimiento, el niño no será vacunado.

Esta información es privada y no se compartirá con nadie, excepto con guarderías, escuelas, el Departamento de Salud de Minnesota, centros de atención médica autorizados y profesionales como médicos y enfermeras, aseguradoras de salud, programas Head Start y agencias de salud pública del condado. Me han dado, ofrecido, leído o me han explicado información sobre la influenza y la vacuna contra la influenza. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi entera satisfacción. Entiendo los riesgos y beneficios y pido que me administren la vacuna a mí o a la persona nombrada anteriormente. Asignación de Beneficios y Responsabilidades de Pago: Esto nos permite facturar a su plan de salud o compañía y recibir el pago directamente. También significa que acepta pagar los servicios no cubiertos por su plan de salud. Autorizo a este proveedor de salud a facturar a mi plan de salud o a otros pagadores en mi nombre, ya recibir el pago directo de los beneficios autorizados. Acepto que es mi responsabilidad.

X _____

Fecha: _____

Firma del padre o tutor legal

Proporcione un número de teléfono donde se le pueda localizar el día de la clínica: _____

For Clinic/Office Use Only	
State / PFC	
Vaccine type / Dosage: FluLuval	
Manufacturer: GlaxoSmithKline	
Lot #	
Expiration	
NDC: 19515-808-52	
Route: IM	Site of Injection: Rt deltoid Lt deltoid
Signature and title of vaccine administrator/ Date	
Is the person to be vaccinated sick today? Yes / No	
VIS: 8/6/2021	Registered _____ EMR _____ Departed _____ Billing _____ HIM _____